

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE

Année 1974 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PRIMIPARE JEUNE ET PRIMIPARE AGÉE

A PROPOS DE 152 OBSERVATIONS

THESE

pour le doctorat en médecine

présentée et soutenue publiquement le....1974

par

AIT KACI Mahmoud

né le 2 novembre 1938 à Ait Ali Ouharzoune (G.K.)

Membre du jury

Mme LALIAM : Professeur de gynécologie-obstétrique } Président

M. OUADAHI : Maître-assistant (pédiatrie)

M. BENBOUZID : Maître-assistant (pédiatrie)

M. OUCHERIF : Maître-assistant (urologie)

} Juges

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET PHARMACIE

Année 1974-75

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PRIMIPARE JEUNE
ET PRIMIPARE AGÉE

A PROPOS DE 152 OBSERVATIONS

THESE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

par

AIT KACI Mahmoud

le 2 novembre 1975 à ALGER Ouharzoune (G.R.)

Membre du jury

M. LAJAL : Professeur de gynécologie-obstétrique Président

M. GUADANI : Maître-assistant (obstétrique)

M. BENDOUTE : Maître-assistant (obstétrique) Juges

https://archive.org/details/IA41548212_0022

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE

Année 1974 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PRIMIPARE JEUNE ET PRIMIPARE AGÉE

A PROPOS DE 152 OBSERVATIONS

THESE

pour le doctorat en médecine

présentée et soutenue publiquement le.....

par

AIT KACI Mahmoud

né le 2 novembre 1938 à Ait Ali Ouharzoune (G.K.)

Membre du jury

Mme LALIAM : Professeur de gynécologie-obstétrique	}	Président
M. OUADAHI : Maître-assistant (pédiatrie)		
M. BENBOUZID : Maître-assistant (pédiatrie)	}	Juges
M. OUCHERIF : Maître-assistant (urologie)		

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PRIMITIVE JEUNE ET PRIMITIVE AGEE

A PROPOS DE LA PRIMITIVE

PAR

M. L. DE VRIES

PROFESSEUR A L'UNIVERSITE DE LEIDE



LEIDE

1911

1911

1911

1911

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE.

A la mémoire de :

- Mes soeurs ZAHOUA et TOUNSIA
- Mon oncle LAKHDAR
- Mon grand-père AIT-CHALLAL Idir
- Mes amis OUSLIMANI Achour et GHEBI Ali

- A mon père

- A ma mère

pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

-A tous les miens en particulier :

Mes neveux et nièces : OUDNI Nacéra, Nadia,

Noura et Madjid.

AIT-MOUSSA Djamal, Karim

et Farida.

A tous mes amis.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Mme LALIAM Néfissa

=====

Votre courage exemplaire durant la guerre de libération et votre dévouement pour la promotion de la femme algérienne nous ont toujours impressionné.

Nous avons eu le privilège de faire un stage dans votre service et nous avons grandement bénéficié de vos conseils et enseignements.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse admiration pour votre haute compétence et vos grandes qualités humaines.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur OUADAHI Mohand Saïd

Votre cordialité, votre accueil simple et aimable nous ont profondément touché.

Nous ne saurons vous dire combien nous sommes heureux de vous compter aujourd'hui parmi nos juges.

Monsieur le Docteur BEN BOUZID

Nous n'oublierons jamais le stage que nous avons fait dans votre service, nous avons pu trouver en vous un homme de science et de qualités humaines exceptionnelles qui nous ont permis de surmonter des moments difficiles.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur OUCHERIF

Vos qualités humaines, professionnelles, pédagogiques font l'admiration de tous vos élèves. Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites, en acceptant de juger notre travail.

A Monsieur LE PROFESSEUR MEHDI

Au docteur BOUDJEMAA

Au docteur AIT-MOHAMED

Au docteur OULD-SLIMANE à qui je dois la réalisation de cette thèse.

A Ouzna AIT - YOUNES

A qui je dois la vie.

A mes amis OUSSAÏA Ahcène

BENMOUSSA Hamid

MEDJKANE Ali

GANI Said

OUSLIMANI Hocine qui m'ont précieusement aidé dans la réalisation technique de ce travail.

A L.M. D.

INTRODUCTION

Nous avons étudié la puerpuralité chez les primipares j eunes et âgées à la lumière des cas recueillis à la Maternité de l'Hopital Parnet, ces 5 dernières années (1968-69-70-71-72). Notre étude repose sur 152 observations de primipares dont 37 âgées de 32 à 45 ans et 115 âgées de 14, 15 et 16 ans.

P L A N

- I- Introduction.
- 2- Définition de la primipare jeune et primipare âgée.
- 3- Fréquence de la primiparité.
- 4- Facteurs étiopathogéniques.
- 5- Evolution de la grossesse.
- 6- Evolution de l'accouchement .
- 7- Suites de couches.
- 8- Pronostics matériels et fœtales.
- 9- Comparaison du déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des pronostics maternel et fœtale chez la primipare jeune et primipare âgée.
- 10- Conduite à tenir .
- II. Conclusion.

HISTORIQUE

Ce n'est que depuis 80 ans environ que les accoucheurs se sont préoccupés de l'influence de l'âge sur la grossesse chez les jeunes primipares. Mauriceau déclare que la trop grande jeunesse de la mère est une cause de difficultés lors de l'accouchement tandis que LAMOTTE cite en 1745 de nombreux cas de primipares âgées de moins de 16 ans qui accouchèrent facilement.

Puis ce fut pratiquement le silence jusqu'au début de ce siècle.

PICARD dans sa thèse (1903) sur " la puerpuralité chez les femmes de moins de 16 ans " conclut que chez de telles primipares les menstruations ont été précoces, l'accouchement en général rapide et facile et les suites de couches presque toujours bonnes.

Mlle PEMELOFF (1906) signale une grande fréquence de l'albuminurie mais la marche de l'accouchement lui paraît normale.

GRINSARD (1906) reprend la question et retrouve 10% de cas d'éclampsie et 10 % de cas qui ne sont pas terminés spontanément.

FROELICH (1935) publie deux cas de grossesse chez des fillettes de 12 ans, enceintes à 11 ans.

PALLCEZ et GERNEZ (1935) concluent à l'évolution, en général normale, de la grossesse chez les jeunes mères mais notent une durée plus longue du travail et une fréquence relative de l'accouchement prématuré au cours du 8e mois.

D'autres travaux consacrés, ailleurs, à la jeune primipare arrivent sensiblement à la même conclusion.

À l'opposé les nombreuses études consacrées de tous temps à la primipare âgée insistent sur les complications au cours de la grossesse et de l'accouchement ainsi que sur le mauvais pronostic foetal et maternel dont le risque augmente avec l'âge de la mère.

II - DEFINITION DE LA PRIMIPARE JEUNE ET PRIMIPARE AGE

a) Primipare jeune :

Nombreux sont les travaux consacrés à l'influence de l'âge sur l'évolution de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches, le pronostic maternel et foetal. Comme il n'y a pas de critères absolus permettant de définir avec précision l'âge au dessous duquel la parturiente doit être considérée comme jeune nous avons choisi 17 ans comme limite supérieure de la primiparité précoce car c'est à cet âge que le développement morphologique, le bassin en particulier, le développement des organes et des différentes fonctions de l'organisme ont plus ou moins atteint leur degré de maturité, de même que la régulation ovarienne a acquis à ce stade une certaine stabilité, le comportement psychique se modifie et évolue progressivement vers un état de maturité psycho-affective.

b) Primipare âgée :

Ici aussi il n'y a pas de critères absolus pour délimiter l'âge au dessus duquel la parturiente est considérée comme âgée. Ceci serait lié aux facteurs géographiques, socio-économiques.

Ainsi aux Indes, DUTA étudie la primiparité tardive à partir de 26 ans. A 30 ans une primipare est certainement étiquetée de "primipare âgée" chez les Noirs. Il en est de même chez nous en Algérie notamment dans les zones rurales.

Bien que la Fédération Internationale de Gynécologie et obstétrique ait retenu (1968) comme référence l'âge de 35 ans, nous avons adopté comme limite, dans notre travail, 32 ans et au-delà ceci nous étant dicté par les conditions sociologiques.

Le premier problème à soulever est alors la fréquence de la primiparité précoce et tardive.

III - FREQUENCE DE LA PRIMIPARITE PRECOCE ET TARDIVE

a) Primipares jeunes : En 5 ans (1968-1972) nous avons retrouvé 115 cas de primipares de 14, 15, 16 ans sur un total de 26143 accouchements ce qui représente un pourcentage de 0,43 % soit 4,3‰.

D'autres auteurs, qui se sont intéressés à la primipare jeune donnent les chiffres suivants :

- 0,7 % pour FAYET
- 4,5 ‰ pour SERMENT
- 1,56 ‰ pour AVRANE qui étudie (1936) les primipares âgées de moins de 16 ans.
- 5 % pour SINCLAIRE, MENACKER, qui ont étudié les primipares de race noire.

En Algérie, ce chiffre relativement élevé est lié aux coutumes et raisons sociales qui veulent que la femme, surtout illettrée, soit mariée très jeune notamment en milieu rural.

b) Primipares âgées :

Nous retrouvons 37 paturientes âgées de 32 ans ou plus sur un total de 26 143 accouchements ce qui représente un pourcentage de 0,14 %.

Ce pourcentage relativement bas serait dû :

- au mariage précoce en Algérie
- trop de cas de stérilité féminine involontaire mais non traitée faute de moyens ou d'éducation.
- femmes involontairement stériles purement et simplement répudiées.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRIMIPARES

Primipares jeunes :

<u>âge</u>	<u>Nombre</u>
13 ans	2
14 ans	3
15 ans	52
16 ans	58

Total : 115

Primipares âgées :

<u>âge</u>	<u>Nombre</u>
32 ans	1
33 ans	2
34 ans	1
35 ans	6
36 ans	4
37 ans	3
38 ans	7
39 ans	1
40 ans	4
41 ans	2
42 ans	3
43 ans	1
44 ans	1
45 ans	1

Total : 37

D'autres auteurs rapportent :

- 0,81 % pour BRUNETON, pourcentage retrouvé par DUMONONT sur un total de 11.709 accouchements.

Au delà de 40 ans nos statistiques révèlent 0,02 % tandis que ceux qui se sont intéressés à cette catégorie de primipares rapportent :

- 0,2 % pour ERWING
- 0,31 % pour VERMELIN
- 0,32 % pour MAHON

Ceci confirme encore que la primiparité tardive est beaucoup moins fréquente chez nous qu'ailleurs pour les raisons que nous avons exposées ci-dessus.

Le facteur " fréquence " étudié, nous abordons les facteurs étiopathogéniques :

- a) Facteurs physiologiques et anatomiques
- b) Facteurs médico-sociaux.

IV - LES FACTEURS ETHIOPATHOGENIQUES

Tout praticien, généraliste ou spécialiste se pose des questions parfois angoissantes devant une première grossesse en pensant à l'évolution de cette grossesse, à l'accouchement, aux complications qui pourraient survenir, au pronostic foetal et maternel.

Cette appréhension est d'autant plus aigue qu'on se trouve dans un pays où les conditions d'encadrement sanitaire sont, pour le moment, nettement insuffisantes, notamment la surveillance prénatale pratiquement inexistante en dehors de certaines grandes villes. Nous étudions d'abord les facteurs de la grossesse chez la primipare notamment :

- facteurs physiologiques
- facteurs anatomiques
- facteurs médico-sociaux.

A. CHEZ LA JEUNE PRIMIPARE :

a) Facteurs physiologiques et psychologiques :

Ce qui attire d'abord l'attention c'est la date d'apparition des premières règles.

Nos statistiques nous montrent que nos jeunes paturientes sont réglées en moyenne à 12 ans 1/2.

Nous n'avons pas rencontré de cas où la femme n'a jamais connu de règles avant la grossesse.

Généralement, il existe un délai d'un an et demi à deux ans entre l'apparition des premières menstruations et la première grossesse.

Nos conclusions rejoignent celles de :

-1) PEYRAT qui constate un rapport direct entre les premières règles et l'apparition de la gestation " lorsque la menstruation a été hâtive, la première grossesse l'est aussi".

-2) VON MICKULUZ qui signale un écart de deux ans au moins entre le début de la menstruation et l'apparition d'une grossesse.

b) Facteurs anatomiques :

Comment se fera l'accouchement chez de telles mères dont le développement physique n'est pas terminée et en particulier si le bassin a acquis sa configuration normale et définitive, permettant l'accouchement par les voies naturelles d'enfants de poids et constitution normaux.

BICHAT soutient qu'à 9 ou 10 ans le bassin est assez bien constitué pour permettre un accouchement normal et à fortiori en sera-t-il de même à 15 ou 16 ans.

Pour SAPPEY et TESTET les épiphyses marginales du sacrum ne se soudent qu'à 19 ans ; ce n'est qu'à cet âge que le bassin a atteint son amplitude normale.

Pour VELPEAU l'âge limite pour mener à bien un accouchement se situe à 15 ans.

Il semble donc qu'il faille admettre avec BICHAT que la filière pelvienne a acquis un développement suffisant pour permettre le passage de fœtus normaux ou du moins l'état fonctionnel du bassin pallie à la persistance de caractères infantiles de celui-ci.

Dans nos observations, nous avons retrouvé 4 cas de viciations pelviennes : il s'agit de bassin généralement rétrécis, soit 3,4 %. Ainsi donc le pronostic sera favorable en ce qui concerne l'état du bassin de ces jeunes mères lors du travail.

c) Facteurs socio-médicaux :

Dans la majorité des cas l'évolution de la grossesse se fera dans des conditions sociales défectueuses. La jeune paturiente est souvent obligée de travailler durement jusqu'à l'apparition des premières douleurs.

La surveillance prénatale est pratiquement inexistante en dehors de certains centres urbains, les règles d'hygiène et de diététiques manquent le plus souvent, ce qui favorise les complications.

B- CHEZ LA PRIMIPARE AGEE

Comme l'a souligné BRUNETON le " terrain " des primipares âgées présente des particularités qui lui sont propres, c'est-à-dire que la grossesse survient chez une paturiente dont l'aspect physiologique a déjà subi des modifications fonctionnelles liées à l'âge et ceci en dehors de tout élément surajouté.

- Au point de vue génital

- Fréquence des irrégularités menstruelles
- cycle anovulatoire
- l'appareil génital se transforme et subit un état de

vieillissement progressif.

- Le système circulatoire de la primipare âgée est modifié :

- atérome vasculaire à des degrés variables
- altérations vasculaires au niveau du néphron
- début de sclérose des capillaires glomérulaires.

L'ensemble de ces lésions favorise l'hypertension gravidique plus fréquente sur un tel terrain " Il s'agit selon LACOMME ; de l'addition de petites insuffisances fonctionnelles dont l'ensemble aboutit à un organisme impropre au développement d'une gestation ". Qu'une grossesse survienne il est possible que ce déséquilibre s'accroisse, devienne patent, le nouveau terrain gravidique sera précaire et les complications plus fréquentes.

En outre certaines de ces femmes sont plus ou moins marquées par une certaine pathologie : maladies vasculorénales, hypertension, néphrites chroniques, maladies cardio-vasculaires et pulmonaires, diabète, etc ..., toutes ces affections antérieures à la grossesse sont plus souvent retrouvées que chez la primipare jeune. Le risque de décompensation d'une affection pathologique sera davantage à redouter chez la primipare âgée et le pronostic de la grossesse n'en sera que plus réservé.

- Causes de la primiparité tardive :

Certains auteurs accusent une dysendocrinie, notamment DUTTA qui distingue :

- d'une part celles qui se sont mariées tardivement et qui sont devenues enceintes immédiatement après leur mariage.

- ces primipares sont physiologiquement normales et le plus souvent la grossesse se déroulera sans incidents.

- D'autre part celles qui se sont mariées jeunes et qui après une longue période de stérilité involontaire traitée ou non sont devenues enceintes tardivement. Dans ce cas on peut penser qu'il s'agit de "dysendocrinienne".

Dans notre travail nous n'avons pas retrouvé ces deux catégories de primipares. Il faut reconnaître que l'interrogatoire est souvent imprécis.

-Une puberté relativement tardive (14,15,16 ans).

Des anomalies menstruelles : irrégularités des cycles règles douloureuses, insuffisantes.

-Des avortements (4 cas dont 2 chez la même femme).

-Des femmes stériles traitées tardivement ou qui n'ont jamais été traitées, répudiées puis remariées et devenues enceintes après leur remariage : 3 cas.

CONCLUSION :

Si l'on compare les conditions de la grossesse chez la primipare jeune et la primipare âgée, on constate que :

1) La grossesse survenant chez des femmes si jeunes peut sembler étonnante ; mais en réalité compréhensible si l'on considère que ces primipares réglées précocement à 12 ans possèdent dans l'ensemble des caractères sexuels bien développés et bien constitués tant du point de vue physique que psychique, sont capables de mener à bien une gestation précoce " elles sont plus femmes qu'enfants ".

2) Tandis que chez les primipares âgées " l'état physiologique apparaît beaucoup plus important, la grossesse survient chez un organisme déjà vieilli, en état d'insuffisance fonctionnelle latente dans les possibilités d'adaptation à l'état gravidique sont émoussées. Si l'on ajoute que les antécédents de ces parturientes sont dans bien des cas marqués par la pathologie, on comprend que la grossesse soit souvent mal tolérée, que les complications parfois sérieuses, mettent en jeu le pronostic maternel et foetal, y soit plus fréquemment rencontrées".

V. EVOLUTION DE LA GROSSESSE.

A. CHEZ LES JEUNES PRIMIPARES.

La jeunesse de ces primipares pourrait faire craindre une évolution pénible et des accidents graves. En fait dans nos observations nous n'en avons pas retrouvé plus d'incidents ou de complications que chez les primipares plus âgées (20 à 25 ans).

Nous savons que l'état gravidique retentit sur les différents appareils notamment :

-L'appareil digestif :

Nous avons fréquemment noté la présence de vomissements, nausées, pyalisme, brûlures, au début de la grossesse mais jamais de vomissements graves.

-L'appareil circulatoire .

Pas de cardiopathies.

-L'appareil urinaire.

C'est celui qui subit le plus de modifications durant la grossesse.

Ainsi ces néphropathies gravidiques prennent une importance notable chez la jeune primipare si bien qu'on les recherche systématiquement lors des examens de surveillance prénatale car le meilleur traitement est la prévention.

Nous avons retrouvé 8 cas de néphropathies sur 115 accouchements soit 6%.

Pour la même période on note 256 cas de néphropathies pour 26 143 accouchements soit 0,97%.

Conséquences de la toxémie gravidique.

- Décollement prématuré du placenta : 1 cas.
- Prééclampsie : 1 cas.
- Mort in utéro : 1 cas.

On en déduit facilement que la dysgravidie est relativement fréquente chez la jeune primipare jeune. Ceci vient corroborer les conclusions des autres auteurs.

Ainsi SERMENT rapporte un chiffre de 20% tandis que POLIAKOFF 17%, SAINT CLAIR 16% , MARCHETTI 17,9%, remarque que les patientes de 13 et 14 ans sont beaucoup plus exposées que celles de 25 ou 16 ans.

La deuxième complication retrouvée par beaucoup d'auteurs chez la primipare jeune est l'accouchement prématuré.

Dans notre travail nous nous sommes référés au terme présu-
mé et avons retrouvé 15 cas sur 115 accouchements soit 12%.

TABLEAU RECAPITULATIF : En fonction de l'âge et du mois.

<u>Age</u>	<u>Nombre</u>	<u>Mois</u>	<u>Nombre</u>
14 ans	1	6 e mois	3
15 ans	2	7 e mois	3
16 ans	12	8 e mois	9

Durant la même période nous notons 1931 accouchements prématurés sur 26 143 accouchements soit 7,3%.

Cette grande fréquence de prématurité chez la primipare jeune pourrait s'expliquer par un certain degré d'hypoplasie génital. Cette dernière pourrait être à l'origine d'une insuffisance hormonale et d'un mauvais développement de l'utérus gravidé.

Il en découle que la primiparité jeune est un facteur de grossesse à risque.

B.CHEZ LA PRIMIPARE AGÉE.

De nombreux auteurs mettent l'accent sur la fréquence des complications au cours de la gestation chez la primipare âgée et qui seraient liées soit à une aggravation d'une affection antérieure ou au terrain même.

-Complications au cours de la grossesse.

a) les néphropathies gravidiques.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître une plus grande fréquence des toxémies gravidiques chez la primipare âgée.

Nous avons rencontré 3 cas de toxémie chez nos 37 primipares âgées ce qui représente 8,10% et réparties ainsi.

Forme avec oedeme des membres inférieurs plus hypertension artérielle (I5/9) 2 ans.

" avec hyperthension artérielle (I5/9) : Icas.

Conséquences de ces néphropathies :

-Accouchement prématuré : I cas sur les 3 toxémies soit 33%.BRUNETON rapporte 16 accouchements prématurés chez 41 toxémies.

-Mort in utéro : I cas sur 3.

-Préclampsie I cas.

-Eclampsie I cas.

De leur côté VERMELIN et collaborateurs notent 23% de néphropathies gravidiques sur 783 primipares âgées de plus de 30 ans et une fréquence cinq fois plus grande d'éclampsie dont 2 cas mortels.

Et vis à vis de l'enfant le danger est aussi grand. Sur 18 morts d'enfants 7 (38%) sont dues à une néphropathie gravidique.

- Le décollement prématuré du placenta conséquence courante des néphropathies gravidiques n'a pas été retrouvé chez nos 3 toxémiques âgées bien que sa fréquence serait élevée chez les primipares âgées selon certains auteurs. Comme WATERS qui signale 1,7% de cas et BRUNETON qui le retrouve dans 1,68%.

-Myomes utérins associés à la grossesse.

Nous avons rencontré I seul cas sur 37 accouchements, il a été pratiqué une césarienne pour insuffisance foetale. Nous ne pouvons rien dire sur l'influence de ce fibrome de la grossesse;

DUMONT fait remarquer la plus grande fréquence des myomes utérins chez les primipares âgées.(plus de 5%).Sans par autant leur attribuer une influence nocive sur l'évolution de la grossesse.

- Grossesses prolongées : nous n'avons pas noté dans nos observations un seul cas de grossesse prolongée qui serait assez fréquente chez les primipares âgées selon DUMONT (5 %).

VI - EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT

A- CHEZ LA PRIMIPARE JEUNE

Plusieurs facteurs conditionnent le déroulement normal de l'accouchement.

Nous étudierons successivement : la présentation, le travail, la durée de l'expulsion, la terminaison, la délivrance.

1) La présentation :

Elle représente la condition première d'un travail facile. La plus favorable est la céphalique ; c'est celle que nous avons rencontrée dans la majorité des cas.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESENTATIONS

<u>Présentation</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
sommet	107	93,04 %
face	1	0,08 %
front	0	0 %
siège	6 : 4 complets : 2 décomplètes	5,2 %
transversale	1	0,08 %

Total : 115

La présentation du sommet est un indice favorable quant à la durée du travail et à la bonne marche de l'accouchement.

La présentation du siège représente un % assez élevé (5,2 %). Nous avons noté par les 4 sièges complets :

- dans un cas : manoeuvre de BRACHT
- dans un autre cas : il y a eu rupture de la PDE, procidence du cordon et présentation du siège. Accouchement prématuré au 6^e mois d'un enfant mort né.
- dans 2 autres cas : l'accouchement s'est terminé normalement.

2) Le travail :

La durée moyenne du travail est de 6 h 15 minutes.

Ce chiffre est bien inférieur à celui retrouvé par différents auteurs qui indiquent :

- PAOLO NEGRI : 13 heures
- PANETIER : 14 heures 9 minutes
- AVRANE : 16 heures
- DUMONT : 10 heures 15 minutes

Bon nombre d'auteurs rapportent chez les jeunes primipares une durée moyenne de travail comprise entre 12 h. et 14 h. Nos chiffres trop bas seraient dûs au fait que nos parturientes ne sont admises à la Maternité que plusieurs heures après le début du travail avec une dilatation amorcée, avancée parfois complète puisque bon nombre d'entre elles ne sont hospitalisées que le soir après 19 heures ou le matin après avoir longtemps souffert le jour ou la nuit. Comme durée extrême nous avons noté 36 heures et 10 minutes (femme admise à dilatation complète).

3) Durée de l'expulsion :

Le temps moyen de l'expulsion est d'environ 23 minutes. Ce chiffre n'a qu'une valeur relative puisque nous ne laissons pas cette phase de l'accouchement se prolonger au-delà d'une 1/2 heure sans pratiquer une épisiotomie prophylactique.

En cas d'inertie utérine durant cette phase nous utilisons les extraits post-hypophysaires par voie intra musculaire qui donne souvent de bons résultats.

4) La terminaison :

La terminaison fut presque toujours spontanée ; le dégagement se fait en occipitopulienne.

Quant aux interventions obstétricales elles sont relativement rares chez nos jeunes primipares. Nous avons eu recours à :

- une application du forceps dans 10 cas soit 8,6 % pour les raisons suivantes :

- arrêt de profession, dilatation stationnaire : 3 cas/.

- souffrance foetale le plus souvent due à une inertie utérine : 5 cas

- insuffisance d'effort d'expulsion : 1 cas

- tête mal orientée, souffrance foetale : 1 cas

- La césarienne : nous avons relevé 3 cas soit 2,5 %

- 1) femme qui saigne depuis 24 heures, PDE rompue depuis 10 heures : souffrance foetale
- 2) femme de petite taille BGR
- 3) col spasme, dilatation stationnaire, présentation du siège.

Ce qui est en accord avec certains auteurs. La fréquence est de 1% pour POLIAKOFF, 1,25 % pour SINCLAIR, 1,6 % pour HACKER, 2 % pour AZNAR et 3,5 % pour BRIGGS.

5) La délivrance :

Il y a peu de particularités à signaler lors de la délivrance ; nous n'avons pas relevé d'hémorragies de la délivrance. La délivrance manuelle a été pratiquée dans 2 cas (dans un cas il s'agit d'un placenta calcifié). Ajoutons à cela la délivrance manuelle qui se fait en cas d'intervention (10 cas).

- La déchirure du périnée : a été observée dans 4 cas ; il s'agit de femmes admises en fin de travail qui ont été suivies par des matrones, chez elles, avant d'être hospitalisées.

EN CONCLUSION :

La jeune primipare accouche avec facilité. Cependant certains auteurs notent une période de dilatation un peu plus longue que normalement et parfois une inertie utérine qui correctement traitée ne vient pas assourdir le pronostic de la terminaison de l'accouchement chez ces jeunes mères. Le recours aux interventions instrumentales ou chirurgicales est relativement rare.

- Les suites de couches :

Le séjour de nos parturientes à la Maternité ne dépasse pas 5 jours en moyenne ce qui ne nous permet pas d'apprécier correctement les suites de couches. Toutefois, nous n'avons rien relevé d'anormal dans nos observations.

B. CHEZ LA PRIMIPARE AGÉE.

Presque tous les auteurs s'accordent à faire remarquer "qu'on observe souvent un travail lent et difficile chez les primipares âgées.

Il existe bien sur des accouchements normaux après une période de dilatation et d'expulsion rapide. Cependant on observe un pourcentage élevé d'accouchements lents, laborieux, d'interventions chirurgicales et instrumentales et de dystocies.

A quels facteurs s'attachent ces difficultés ?

-a) Bassin de la primipare âgée qui est souvent retréci.

DUMONT rapporte 16 % de cas de retrécissements pelviens, RENDALL cite 16,40% , KUDER 13%. Pour BRUNETON le retrécissement prédominant aux détroits moyen et inférieur explique la fréquence de l'arrêt de progression et le pourcentage élevé des applications de forceps dans l'excavation. Notons en plus de l'élément osseux, la rigidité ligamentaire et par conséquence quelque degré minime de disproportion dont une primipare plus jeune viendra facilement à bout, grâce à une bonne dynamique utérine et aux qualités de souplesse du tractus génital, peuvent constituer un obstacle insurmontable chez la primipare âgée.

Ajoutons à cela l'état des parties molles, c'est à dire la rigidité affectant souvent le col et dans la presque totalité des cas les tissus périnéaux. Il en résulte des dyscinesies cervicales : Hyperthonie, hypotonie et parfois le col reste rigide épaissi, la dilatation est alors nulle ou stationnaire. Ceci serait à l'origine des interventions instrumentales et chirurgicales quand la thérapeutique ayant recours aux anti-spasmodiques par voie intraveineuse (perfusion lente) ne donne pas de bons résultats.

Les présentations :

<u>Présentations</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
Sommet	35	94,20%
Siège	1	2,90%
Epaule	0	0,00%
Face	1	2,90%

Soit 5,8% de présentations autre que le sommet.

Certains auteurs ont constaté un pourcentage élevé de présentations du siège :

-PALLEZ 8%

-MAHON II, 40%.

Cette présentation représenterait un facteur de mortalité foetale élevé chez la primipare.

-A côté des anomalies de présentations et dyscinesie nous signalons :

a) la rupture prématurée des membranes. Cette rupture s'accompagne d'un danger croissant de procidence du cordon, d'une infection ovulairre et de souffrance foetale. La rupture de la P D E serait en relation avec un plus grand nombre de présentations anormales.

Nos statistiques retrouvent 3 cas de rupture prématurée des membranes (8,3%) ayant entraîné l'infection du li uide amniotienne. Dans les trois cas avec un enfant mort-né et 2 cas de souffrance foetale ayant nécessité une césarienne.

OBSERVATIONS.

-Femme, âgée de 38 ans hospitalisée avec poche des eaux rompue, liquide amniotique purée de pois : Enfant mort-né

-Femme, âgée de 37 ans admise à dilatation stationnaire, rupture de la poche des eaux avec liquide amniotique teinté, bruit du coeur foetal irrégulier. Césarienne décidée pour souffrance foetale

-Femme, âgée de 34 ans admise à 20 H et souffrant depuis le matin, poche des eaux rompue depuis une demi-heure, souffrance foetal : césarienne pour souffrance foetale.

LE TRAVAIL.

La durée moyenne de la dilatation est de 10 H 1/2 chez nos 37 primipares âgées. Comme pour les primipares jeunes nos parturientes sont hospitalisées bien après le début du travail après avoir longtemps souffert pour les mêmes raisons que nous avons déjà signalées chez les primipares jeunes.

comme extrême 120 H et 20 minutes (femme admise à dilatation complète).

Cependant DUMONT rapporte 20% de dilatations supérieures à 15 H, LENNA 22,7% de dilatations durant 24 à 48 H.

La durée moyenne de la dilatation retrouvée par bon nombre d'auteurs se situe aux environs de 15 H.

La durée de la période d'expulsion est aussi augmentée , elle est de 30 minutes ou plus. Or la période d'expulsion est un facteur important du pronostic foetal.

LACOME cite 12% de cas de mortalité en cas de durée d'expulsion supérieure à 1 heure. Chez nous la période d'expulsion prolongée est un facteur d'intervention instrumentale.

MODE D'ACCOUCHEMENT .

Les interventions sont fréquentes. En effet nous relevons :

-Accouchements normaux avec épisiotomie prophylactique :
24 cas.

-Forceps 9 cas soit 24,30% .

-Césariennes 4 cas soit 10,70% .

Il y a eu donc intervention instrumentale ou chirurgicale dans 37 % de cas.

OBSERVATIONS.

I-Femme âgée de 36 ans, admise à dilatation stationnaire, forceps de TARNIER pour souffrance foetale.

-Enfant de trois KG cent cinquante réanimé pendant trois minutes.

Soit 5,8% de présentations autre que le sommet.

Certains auteurs ont constaté un pourcentage élevé de présentations du siège :

-PALLEZ 8%

-MAHON II,40%.

Cette présentation représenterait un facteur de mortalité foetale élevé chez la primipare.

-A côté des anomalies de présentations et dyscinesie nous signalons :

a) la rupture prématurée des membranes. Cette rupture s'accompagne d'un danger croissant de procidence du cordon, d'une infection ovulairre et de souffrance foetale. La rupture de la P D E serait en relation avec un plus grand nombre de présentations anormales.

Nos statistiques retrouvent 3 cas de rupture prématurée des membranes (8,3%) ayant entraîné l'infection du li uide amniotiene. Dans les trois cas avec un enfant mort-né et 2 cas de souffrance foetale ayant nécessité une césarienne.

OBSERVATIONS.

-Femme, âgée de 38 ans hospitalisée avec poche des eaux rompue, liquide amniotique purée de pois : Enfant mort-né

-Femme, âgée de 37 ans admise à dilatation stationnaire, rupture de la poche des eaux avec liquide amniotique teinté, bruit du coeur foetal irrégulier. Césarienne décidée pour souffrance foetale

-Femme, âgée de 34 ans admise à 20 H et souffrant depuis le matin, poche des eaux rompue depuis une demi-heure, souffrance foetal : césarienne pour souffrance foetale.

LE TRAVAIL.

La durée moyenne de la dilatation est de 10 H 1/2 chez nos 37 primipares âgées. Comme pour les primipares jeunes nos parturientes sont hospitalisées bien après le début du travail après avoir longtemps souffert pour les mêmes raisons que nous

La plupart des auteurs ont largement recours à la césarienne prophylactique comme le montre les statistiques de :

- DUMONT : 10,5 %

- RANDALL : 12,8 % , ce qui correspond à peu près à nos chiffres (10,7 %). Cependant chez nous l'indication est parfois impérieuse car il s'agit de femmes qui ont présenté une longue période de stérilité in volontaire et les conditions sociales exigent qu'elle ait un enfant vivant. Et la fréquence de la césarienne serait plus élevée si les parturientes venaient consulter avant ou en tout début de travail.

- LA DELIVRANCE :

On est frappé par le nombre élevé de délivrances artificielles qui tient au plus grand nombre d'interventions pratiques. L'opérateur profite de l'anesthésie pour extraire le placenta. Nous avons retrouvé 13 cas de délivrances artificielles soit 35,1 % ; il en est de même des revisions utérines.

- CONCLUSION :

Le pronostic de l'accouchement chez la primipare âgée est dans l'ensemble mauvais. Malgré certains cas d'accouchements normaux, (65 %) le travail long, laborieux, la dilatation pénible obligent à intervenir d'emblée ou secondairement dans de nombreux cas (35,1 %).

PRONOSTIC MATERNEL ET FOETAL CHEZ LA JEUNE PRIMIPARE

- LE PRONOSTIC MATERNEL :

Le pronostic maternel est bon dans l'ensemble. En particulier nous n'avons pas relevé un seul cas de mortalité maternel. et nous n'avons rien noté d'anormal dans les suites de couches.

- PRONOSTIC FOETAL :

- Etat de l'enfant à la naissance : Il est généralement bon comme le confirme l'indice d'APGAR.

- Poids : Les auteurs ont à ce sujet des opinions diverses ; certains estiment qu'il est inférieur à la moyenne d'autres le jugent supérieur.

Le tableau suivant donne le poids des enfants nés de jeunes primipares :

Poids à la naissance	- 2500 g	2 500 g à 3 000 g	3 000 g à 3 500 g	3 500 g à 4 000 g	+ 4000g
Primipare -15ans	1	1	2	1	0
Primipare 15 ans	2	13	31	6	0
Primipare 16 ans	4	10	34	8	2

Nous retrouvons une moyenne de 3,04 KG . Le taux d'enfants pesant moins de 2 500 g est de 6 % (7 cas) tandis que 66 enfants sur 115 pèsent entre 3 000 g et 3 500 g (soit 57 %).

Si l'on ajoute à cela 17 enfants pesant plus de 3 500 g (17 cas) on retrouve un pourcentage de 71 % ce qui représente un facteur de bon pronostic.

- SOUFFRANCE FOETALE ET ENFANTS REANIMES A LA NAISSANCE :

La souffrance foetale se traduit cliniquement par :

- la constatation d'un liquide teinté à la rupture des membranes
- modifications des bruits du coeur
- existence de mouvements convulsifs et désordonnés du fœtus

Elle peut aboutir :

- à la mort in utéro
 - à la naissance d'un fœtus en état de mort apparente
 - à des lésions qui laisseront des séquelles
- mais souvent elle est transitoire et sans conséquences.

Dans notre travail nous avons relevé :

- 8 cas de souffrances foetales soit 6,7 %
- 12 enfants (soit 10,4 %) réanimés à la naissance, qui consiste surtout en une oxygénation.

L'état de ces enfants à la sortie de l'hôpital est généralement bon.

- 2 enfants n'ont pu être réanimés, il s'agit probablement de mort in utero.

- MORTALITE NEONATALE :

Le taux de mortalité néonatale est de 3,4 % .

Sur 115 naissances, nous retrouvons :

- 1 mort in utero dû à l'hématom^e rétro placentaire
- 2 morts-nés : 1 prématuré de 6 mois

1 à la suite d'une infection du liquide amniotique après rupture de la poche des eaux.

- MORBIDITE NEONATALE :

En dehors de la prématuration, nous avons retrouvé :

- 3 cas deshydratation,
- 2 cas de conjonctivite purulente du nouveau-né
- et quelques cas d'otite.

C O N C L U S I O N :

Le pronostic maternel est généralement bon ; il en est de même de celui des enfants exceptés les prématurés.

CHEZ LA PRIMIPARE AGEE

- PRONOSTIC MATERNEL :

Nous n'avons pas relevé un cas de mortalité maternelle ni d'infection malgré le nombre élevé d'interventions instrumentales et chirurgicales (35 %).

- PRONOSTIC FOETAL :

Pour LACOME : le risque foetal à la première gestation augmente régulièrement jusqu'à atteindre à partir de 45 ans plus de 6 fois ce qu'il est au dessous de 20 ans.

Nos statistiques nous révèlent 8,1 % de mortalité due :

- aux néphropathies gravidiques : 1 cas

- à l'infection du liquide amniotique après rupture de la poche des eaux : 1 cas

- mort in utero : 1 cas

Donc le risque de mortalité d'enfants nés de primipares âgées (8,1 %) est beaucoup plus élevé que chez l'enfant de la primipare jeune (3,4 %).

- ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE :

- Poids à la naissance : L'enfant né d'une primipare âgée serait d'un poids inférieur à la normale.

PALLIEZ relève 38 % d'enfants pesant moins de 3 KG à la naissance. Ce chiffre passe à 40,4 % pour LATTIER et à 50 % pour MAHON. Dans nos observations, le poids moyen de l'enfant à la naissance chez cette catégorie de primipares est de 3,2 KG.

- Souffrance foetale et enfants réanimés à la naissance

Plus fréquente que chez la primipare jeune. Ceci serait dû au travail lent, à la dilatation pénible et le recours à l'intervention chirurgicale.

Nous avons retrouvé 10 cas de souffrances foetales sur 37 naissances soit 29 %. Dans 2 cas la réanimation a duré 10 minutes. Ailleurs, il s'agit surtout d'une oxygénation qui dure 2 à 3 minutes.

- MORBIDITE NEONATALE :

La souffrance foetale, la fréquence de la réanimation à la naissance, l'infection du liquide amniotique par rupture prématurée de la poche des eaux, la fréquence des interventions vont créer un terrain favorable à la morbidité néonatale. Ceci nous a permis de relever dans notre étude une hémorragie méningée. à la suite d'une application de forceps difficile.

- un céphalhématome

- une infection cutanée ?

L'élevage des enfants de primipares âgées serait difficile.

Ainsi BRUNETON retrouve 18 % d'enfants qui n'ont pas repris leur poids de naissance aux environs du 10^e jour . MAHON cite à ce sujet 28% .

C O M P A R A I S O N

D U D E R O U L E M E N T D E L A G R O S S E S S E

D E L ' A C C O U C H E M E N T E T P R O N O S T I C S

M A T E R N E L E T F O E T A L C H E Z L A P R I M I -

P A R E J E U N E E T P R I M I P A R E A G E E .

I- DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :

a) Chez la primipare jeune : la grossesse se déroule généralement dans de bonnes conditions. Les principales complications rencontrées se résument :

- aux néphropathies gravidiques, le plus souvent sans conséquences graves tant sur le plan maternel que foetal.
- aux accouchements prématurés qui seraient liés à un certain degré d'hypoplasie génitale.

b) Chez la primipare âgée : la grossesse est souvent grevée de complications :

- néphropathies gravidiques^(8,1%) avec leurs conséquences :
hématome retroplacentaire et mort in utero
- accouchement prématuré
- myome utérins associés à la grossesse : 1 cas
- grossesse prolongée selon certains auteurs (DUMONT).

II- L'ACCOUCHEMENT :

a) Chez la primipare jeune : il se déroule de façon satisfaisante bien que la durée du travail soit un peu plus longue que la normale. On rencontre parfois des dyscinésies fonctionnelles

qui répondent bien généralement aux perfusions d'ocytociques.

L'intervention chirurgicale ou instrumentale est relativement faible.

Les suites de Couches sont bonnes.

b) Chez la primipare âgée :

A côté d'un nombre relativement restreint d'accouchements normaux, spontanés, nous observons dans bon nombre de cas un travail long laborieux, une dilatation pénible, des hypertonies ou hypokinésie, des anomalies de présentations notamment le siège, la rupture prématurée des membranes avec infection du liquide amniotique, procidence du cordon, et souffrance foetale due à ces différents facteurs; l'ensemble de ces inconvénients fait souvent appel aux interventions instrumentales et chirurgicales.

III - PRONOSTIC FOETAL ET MATERNEL :

S'il est bon dans l'ensemble, tant sur le plan maternel que foetal chez les primipares jeunes, il est beaucoup plus réservé en ce qui concerne la primipare âgée et son enfant.

C O N D U I T E A T E N I R

I - CHEZ LA PRIMIPARE JEUNE :

Nous avons vu que le pronostic maternel et foetal était favorable dans l'ensemble.

Au cours de la gestation, la parturiente n'est pas exposée à plus de complications ou de risques que les autres femmes. Le travail lui-même est facile, et si la durée de la dilatation est un peu plus longue, l'expulsion par contre, s'effectue rapidement avec épisiotomie prophylactique pour éviter les déchirures périnéales.

Mais faut-il pour autant croire que la jeune primipare ne doive prendre aucune précaution et laisser évoluer sa grossesse, abandonnée à elle-même?

Le rôle du médecin sera surtout un rôle d'éducateur et de conseiller. Il devra inculquer à ces jeunes mères les notions élémentaires de puériculture et d'hygiène qui leur font totalement défaut ; il donnera les soins que nécessitent, le cas échéant, les complications de la gestation; enfin il empêchera de compromettre l'évolution de son état.

II - CHEZ LA PRIMIPARE AGÉE :

Cette grossesse si précieuse et tant désirée et grevée en même temps de gros risques tant du côté maternel que foetal nécessite une surveillance obstétricales rigoureuse des règles d'hygiène et de diététique, la nécessité absolue d'un accouchement en milieu hospitalier.

Une bonne coopération s'impose entre le médecin et ces parturientes qui doivent consulter au moins 1 fois par mois durant les 2 premiers semestres, puis tous les 15 jours jusqu'au 8^e mois, ensuite toutes les semaines jusqu'à l'accouchement.

C O N C L U S I O N

L'étude de nos 152 observations nous a permis de préciser que la primiparité jeune et primiparité âgée et constituent des facteurs de grossesse à risques.

Cependant ces facteurs sont différents chez l'une et l'autre.

Chez la primipare jeune, on retrouve essentiellement des complications gravidiques et principalement la dysgravidie. On note également une fréquence plus élevée d'accouchement prématuré.

Il est intéressant de souligner que chez la primipare jeune, on n'a retrouvé aucun cas de pathologie associée.

Enfin le déroulement de l'accouchement ne semble point perturbé chez ces femmes adolescentes. Le pronostic foetal, hormis le fait que la dysgravidie et l'accouchement prématuré sont plus fréquents, reste relativement bon .

Par contre chez la primipare âgée, la pathologie antérieure à la grossesse joue un rôle prépondérant. Elle est à l'origine de syndromes en particulier vasculorénaux.

Par ailleurs le vieillissement de l'organisme grève le pronostic obstétrical :

On note une fréquence particulière des dystocies dynamiques.

D'autre part viennent s'ajouter encore des affections telles que la fibrose du muscle utérin.

Le pronostic foetal est plus réservé chez ^{les} primipares âgées et explique la fréquence relative des interventions.

Qu'elle pourrait être notre attitude ?

La primiparité âgée reconnaît comme cause essentielle la stérilité involontaire et il convient donc de lutter contre ce fléau social.

Chez la primipare jeune, nous pouvons espérer de meilleurs résultats par une bonne éducation sanitaire, un meilleur niveau social et la lutte contre certains préjugés sociaux, à savoir le fait de marier trop jeune la fille, notamment en milieu rural.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité chez ces parturientes adolescentes et âgées d'une surveillance plus rigoureuse de la grossesse par une multiplication des consultations prénatales qui permettront seules de prévenir toute cette pathologie.

B I B L I O G R A P H I E

- 01 - ALICINO R. et SCARPELLINI L.- Sur l'influence des divers facteurs (ambiance, rang social, culture) sur l'évolution de l'accouchement de primipares.- Clin.ost.gyn., janv. 1 963, 65 n° 1 , 3-11 (Bibliog.) (Résumé français).
- 02 - AZNAR R. et BENNETTE A.E.- La grossesse chez les adolescentes Am.J.Obst. Gyn. mai 1961, 81, n° 5, 934-940.
- 03 - BARBIER A. - Les mères de moins de 15 ans: Problèmes médico-psychologiques et sociaux. Rev. neuropsychiat. inf., nov.-déc. 1961, 9, N° 1 1-12, 489-496.
- 04 - BATTAGLIA F.C., FRAZIER T.M. et HELLEGERS A.E.- Complications obstétricales et pédiatriques de la grossesse chez l'adoslescent.-Pediatrics, nov. 1963, 32, n° 5, 902-910, 8 tabl. (Bib liog.).
- 05 - BOCHNER K. - Grossesse entre 12 et 16 ans. Am. J .Obst. Gyn., 15 janv. 1962, 83, n° 2, 269-271.
- 06 - BRIGGS R.M., HERREN R.R. et THOMPSON W.B.- la grossesse chez les jeu nes adolescentes. Am. J. Obst. Gyn., 15 aout 1962 84, n° 4, 436-441.
- 07 - BROCHIER A. et RASCLE J.- La primipare de moins de seize ans devant les diverses phases de la puérpératilité.- Gyn. Obst., janv.-mars 1966, 65, n ° 1 , 67-76.
- 08 - BROMBERG M. et BROZINSKI A.- Sur le travail chez les primipares jeunes et âgées. J. Obst. Gyn. Brit. Emp? déc? 1942. 49, n° 6, 672 -681.
- 09 - BRU NETON J.- Primiparité précoce et primiparité tardive thèse Clermont 1964.
- 10 - D'INZILLO G. et SAVIGNONI R.- Traitement des dystocies dynamiques chez la primipare par une association antispasmodique-analgésique avec l'ocytocine.- Clin.ost. Gyn. jul. 1963, 65, n° 7, 367-376 (Bib liog.) (Résumé français).
- 11 - DONNELLY J.F. et coll.- Les facteurs foetaux, familiaux et de milieu liés à la mortalité périnatale chez des mères de moins de 20 ans. Am.J.Obst. Gyn. oct. 1960, 80, n° 4, 663-671.
- 12 - DUMONT M.- La grossesse et l'accouchement chez les primipares âgées de plus de 55 ans. - Gunéc. Obst., sept-oct. 1962, 61, n° 4, 515-525 (Bibliog.).

- 13 - DUTTA PC.- Les grossesses tardives. J.Obst.Gyn.Brit.Emp.
fév. 1948, 55, n° 1, 68-70.
- 14 - ERWING H.W. et POWERS H.A. - La primiparité âgée Am. J.Obst.
Gyn., 1943, 46, 395-399.
- 15- FAYET J.- La grossesse et l'accouchement chez les jeunes
primipares.- Thèse Nancy, 9140, n° 46.
- 16 - FREDRIKSON H. et ANBERG A.- Les accouchements des primipares
âgées;-Acta obst. gyn. scand; 1956, 35, n° 4, 483-491, 7
tabl.(Bibliog.).
- 17 - GUILLERAUD J.- Grossesse et travail chez la très jeune
femme (deux cas).- Proc.roy. So. Med., janv. 1972, 65, n°1,
99 (Bibliog.).
- 18 - HAMOUDA A. - (Medda Arabie-Scoudite), Cesarean section
in the young gravida .-Am J.obst. Gyn. 100, n° 2, 267-269
janv.68.
- 19- HOANG NGOC MINH et NGUYEN TAAN NGHIEM.- La grossesse et
l'accouchement chez les primipares âgées.- Acta med.Vietnam
janv.-oct. 1964, 8, n° 1 à 4, 3 - 3701, 12 tabl.(Bibliog.).
- 20 - HOANG NGOC MINH et VU KHAC NIEM.- L'accouchement en pré-
sentation du siège chez les primipares .- Acta Med? Viet-
namica, janv.- oct. 1965, 9, n°1-4, 3883-3892 (Bibliog.).
(Texte français).
- 21.ISRAEL SL.et WOUTERSE T .B. - Obstétrique de l'adolescence.
Am. J. Obst. Gyn., 1er mars 1963,85,n° 5.659.668.
- JACOBSON L. -Primipares âgées. Etude de 543 cas. - Acta obst.
gyn. scand. 1963,42,N° 3,244-258,6 tabl. (Bibliogr.).
- 23.KALKSCHMID W.Les primipares âgées avec considération parti-
culière de la conduite médicamenteuse de l'accouchement.
Zbl. Gyn., 23fév. 1957,N° 8,293.304.
25. LACOMME M. - Les particularités de la grossesse et de l'a-
ccouchement suivant l'âge et la parité. Maternité, jan.
1957.N° I.IO.I7.
26. LACOMME M.-Traité de pratique obstétricale.
27. LATIERS F.-L'accouchement chez les vieilles primipares. Gy-
nec. Obst. 1949, I,N° 5.550.551.
28. LATIERS F.-L'accouchement chez les vieilles primipares.
Strasbourg Méd., mai 1950,IIO,N° 5,275.283.
- 29.LOCK F.R. et coll. -La mortalité périnatale chez la primi-
geste de plus de 30 ans.Am. J.Obst. Gyn.-oct. 1959,78,N°
4.755.771.

- MAC DONALD I.R. et MAC LENNAN H.R. - Remarque sur le traitement des primigestes âgées. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., juin 1960, 67, N° 3, 443.450.
31. MAHON R., FAUGERE G. et NEURNISSE M. - Les primipares de plus de 40 ans. Rev. Franç. Gyn. Obst., juil. août 1956, N° 7-8 223.237.
32. MOSLIER W. - Grossesses, accouchements et suites de couches chez les très jeunes mères. Zschr. Geburtsh. Gyn., 1958, 151 N° 1, 58.72, 13 tabl. (Bibliogr.).
33. O'SULLIVAN J.F. - La primigeste âgée. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. av. 1960, 67. N° 2. 265.272.
34. PALLEZ J. - 104 observations de grossesse chez des primipares de plus de 35 ans. Thèse Lyon, 1960, N° 216.
35. PICCIONI V. - L'accouchement chez les primipares âgées. Clin Obst. Gin. oct. 1954, 56, N° 5. 249.267.
36. PIGEAUD H. et DOVY S.D. - le pronostic mécanique établi en fin de grossesse chez les primipares ayant un bassin rétréci Contrôle clinique. - Bull. Féd. Soc. Obst., Av. mai 1964. 16 N° 2 . 164.165.
37. RANDALL L. et coll. - Les primipares âgées. Am. J; Obst. Gyn. . juin 1949. 57, N° 6. 1.210.1.221.
38. RENDLE-SHORT J. - Le pronostic foetal chez les primipares de 40 ans et au-dessus. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. août 1959 66, N° 4. 657.659.
39. REZENDE J. (de) et PERRICELLI F. - Primiparité précoce et primiparité tardive, Rev. Gin. Obst. mai 1953, 1, N° 5. 305.325.
40. RICHON J., PICCIOLI R. et SAVONNERIE C. - Premiers résultats d'une enquête comparative portant sur 874 primipares âgées Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Sept. oct. 1964. 16 N° 4. 487 493.
41. RICHON J. et PICCIOLI R. - Etude comparative de l'état gravidopuerp'ral des primipares âgées accouchées de 1930 à 1935 et de 1957 à 1961. - Gynéc. Obst.. juin-août 1965, 64 N° 3, 365-382.
42. SELAND G. - L'accouchement et ses complications chez les primipares adolescentes. - Acta obst. gyn. scand. janv. 1956 35, N° 1, 57-69, 8 tabl. (Bibliogr.).
43. SERMENT H. et BETHEMONT P. - L'accouchement chez les jeunes

45. SO MPLIS .A.C. et LOLIS D.E. - Primipare âgée. Analyse de 1574 cas. - Internat. Surg. oct. 1969, 52. N° 4. 340, 344. (Biblio.) (résumé français).
46. SPILLER V. - La durée du travail chez les primipares. - Lancet, 30 sept. 1939, N° 6057, 733. 374.
47. STAMER S. - Le cours du travail chez la primipare âgée. - Acta obst. gyn. Scand. 1954, 33, N° 1. 16. 28. 10 tabl. (Bibliogr.).
48. SUETER. M. (-Melle). - L'accouchement chez la primipare âgée de plus de 30 ans. - Thèse Strasbourg, 1957, N° 72.
49. TEW. C.R. et KUDER K. - Primipares âgées. Am. J. Obst. Gyn. 1938. 35. 773. 781.
50. UTIAN W.H. - Conséquences obstétricales de la grossesse chez les primipares âgées de 16 ans au moins. - Brit. Med J. 17 juin 1967, 2. N° 5554, 734. 736. (Bibliogr.).
51. VALENTIN. - Observation de grossesse tardive. C.R. Soc. Franc. Gyn. fév. 1957, N° 2. 55.
52. VERMILIN H. RIBON M. et BRAYE M. - L'état gravidopuerpéral chez la primipare âgée. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstétr. - octob. 1959. 11, N° 4. 399. 401.
53. VERMILIN H. et CANQUERY. - La primipare après 40 ans. Gaz Méd. Franç. 1946 59, N° 8. 213. 216.
54. VIGNES H. et HAMELIN R. - Les grossesses chez les jeunes enfants. Presse Méd. 16 août 1939, N° 65. 1. 257. 1. 258.

T A B L E D E S M A T I E R E S .

I. Introduction.....	I
II. Définition de la primipare jeune et primipare âgée.....	3
III. Fréquence de la primiparité.....	4
IV. Facteurs étiopathogéniques.....	7
V. Evolution de la grossesse	II
VI. Evolution de l'accouchement	I4
VII. Suite des couches	I6
VIII. Pronostics maternel et état de l'enfant.....	22
IX. Comparaison du déroulement de la grossesse... de l'accouchement du pronostic maternel et foetale chez la primipare jeune et la pri- mipare âgée.....	27
X. Conduite à tenir.....	29
XI. Conclusion.....	3I
XII. Bibliographie.....	33.

=====

Vu le Président du JURY

Signé :

Vu le DOYEN

Signé :

Vu et permis d'imprimer

Alger, le

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ALGER

Signé :

